

ГИГИЕНА

ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ЗОБ У ДЕТЕЙ В НЕКОТОРЫХ РАЙОНАХ ТАТАРИИ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА

Ф. Г. Газетдинова

Кафедра факультетской педиатрии (зав.—проф. К. А. Святкина) и общей гигиены (зав.—проф. В. В. Милославский) Казанского медицинского института

На территории Татарской АССР зоб известен с 1870 г.

Еще Н. А. Толмачев (1879) отмечал, что зоб у большинства обследованных появлялся на 2—3 году жизни. М. Ф. Кондаратский также наблюдал пораженных зобом в возрасте 2—3 лет. И. Ф. Крупачев среди обследованных школьников (291) увеличение щитовидной железы обнаружил у 42,4%. А. А. и А. И. Полянцева нашли увеличение щитовидной железы у мальчиков в возрасте от 0 до 10 лет в 22,77%, у девочек — в 30,42%, у мальчиков в возрасте 11—20 лет — в 34,54%, у девочек — в 38,62%.

В 1936 г. А. Г. Суворов детально обследовал 1699 учащихся Юдинской и Васильевской школ и нашел у 30,2% из них увеличение щитовидной железы от I, II, III до IV степени. У детей ясельного возраста зоб не был обнаружен, среди дошкольников увеличение щитовидной железы I—II степени наблюдалось лишь у 10%.

Такие большие расхождения в частоте зоба должны объясняться не только различной пораженностью в разных местностях, но также и тем, что до настоящего времени нет единого мнения по вопросу о границах между нормальной и физиологической реакцией организма на струмогенные факторы и началом заболевания эндемическим зобом. Так, О. В. Николаев, С. А. Максумов, Б. А. Алешин и Н. С. Демиденко рассматривают увеличение щитовидной железы I, II степени для эндемической местности нормальной, физиологической, компенсаторной реакцией организма, не имеющей, в подавляющем большинстве случаев, патологического значения. Однако В. В. Милославский, В. С. Левит, Я. З. Вайнер, А. С. Ефимов и многие другие считают необходимым регистрировать всякое увеличение щитовидной железы в эндемической местности, так как компенсаторная реакция при продолжающемся воздействии этих факторов из защитной реакции может переходить в болезнь.

Мы пользовались предложенной центральной противозобной комиссией классификацией для определения состояния щитовидной железы.

К зобному увеличению щитовидной железы мы относили увеличение железы, начиная со II степени, к зобу — все случаи с увеличением II—III и III степени. Увеличение щитовидной железы IV, V степени у обследованных нами детей не обнаружено.

В 1959—60 гг. нами обследовано 4867 детей в возрасте от 6 месяцев до 18 лет в дошкольных учреждениях и школах Зеленодольска и 5125 детей от периода новорожденности до 18 лет в 25 селениях Шугуровского района.

В Зеленодольске увеличение щитовидной железы всех степеней обнаружено у 70,2% обследованных детей, зоб — у 1,1%.

С возрастом число детей с увеличением щитовидной железы возрастает. Если до 7 лет обнаруживается увеличение щитовидной железы I и II степени, то, начиная с 8—10 лет, у мальчиков в 0,2% и у девочек в 0,5% определяется более заметное ее увеличение. После 11 лет значительно возрастает число детей с увеличенной щитовидной железой с превалированием у девочек как по частоте, так и по тяжести. Это половое различие еще больше выражено в следующей возрастной группе (14—18 лет), где без увеличения щитовидной железы нам встретились лишь 12,5% детей, а зоб — у 3,6%. Из числа мальчиков не имело увеличения железы 17,9%, а увеличения, позволяющего говорить о зобе, совсем не встречалось.

Из общего числа детей с увеличением щитовидной железы I степень установлена в 73,6%, II — в 24,7% и только в 1,7% — II—III и III степени. Таким образом, 98,3% составляли начальные формы увеличения щитовидной железы.

Обращает на себя внимание факт неодинакового состояния щитовидной железы у детей в различных районах города. В менее благоустроенной части города Зеленый

Дол — «Кабачище» число детей с увеличением щитовидной железы почти в 2 раза больше, чем в других его местах.

В Шугуровском районе увеличение щитовидной железы всех степеней обнаружено у 75,09%, из которых зоб составляет лишь 7,26%.

Как выяснилось, в Шугуровском районе детей с увеличением щитовидной железы всех степеней, как и с зобом, оказалось относительно больше, чем в Зеленодольске. Именно в Шугуровском районе встречается зоб у детей в возрасте до 7 лет: в 0,37% — у мальчиков и в 1,28% — у девочек. Во всех возрастных группах чаще, чем в Зеленодольске, обнаружено увеличение щитовидной железы II степени. Суммарно начальные формы увеличения щитовидной железы составляют 90,16%, зоб — 9,84%. Влияние пола на состояние щитовидной железы среди обследованных вместе с увеличением возраста несколько сглаживается. К периоду полового созревания наблюдается явная тенденция к увеличению числа пораженных зобом с 5,56 до 8,87% среди обследованных мальчиков и с 15,95 до 28,18% среди девочек, хотя общее число мальчиков с увеличением щитовидной железы всех степеней к этому периоду уменьшается с 84,93 до 67,64%.

Увеличение щитовидной железы у большинства детей диффузное, лишь в 3 случаях встретился узловатый зоб, в 23 — смешанный. 164 ребенка имели щитовидную железу плотновато-эластической консистенции, у 5 определялась кистозно измененная щитовидная железа. По локализации зоб занимал всю железу, либо с преимущественным поражением долей или перешейка, в 77,76% случаев, у остальных было изолированное увеличение перешейка или одной из долей.

Наиболее пораженными зобом оказались селения Новый Иштиряк, Старый Иштиряк, Бакирово, Утямыш, Спиридоновка, где среди детей школьного возраста увеличение щитовидной железы различных степеней имело от 80 до 93,4%, а зоб в возрасте 11—15 лет встречался в 33,3% случаев (Утямыш).

По литературным данным, эндемической по зобу считается местность, когда в возрасте 12 лет увеличена щитовидная железа более чем у 1% мальчиков и 4% девочек (Стокс). Другие же авторы считают доказательством эндемической местности лишь более высокий процент, например, когда число детей 11—15 лет с увеличением щитовидной железы превышает 10% (Матовинович и Ремалингасвами). Степень поражения детей эндемическим зобом является одним из критериев, определяющих характер данной эндемии, а наличие зоба у мужчин, обнаружение врожденного зоба, кретинизма указывают на ее особую тяжесть.

Для выявления врожденного зоба нами были осмотрены 92 новорожденных в родильном отделении Шугуровской больницы. Лишь у 2 детей обнаружено увеличение щитовидной железы I степени.

Детей-кретинов или с явлениями кретинизма на почве дегенеративного изменения щитовидной железы нами не было обнаружено. У 12 детей со значительным психическим, а у части из них и физическим недоразвитием, в двух случаях имелась болезнь Дауна, в 3 — болезнь Литтеля, в 2 — гипофизарный наннизм, у 2 детей — остаточные явления перенесенного менинго-энцефалита, в одном случае эпилепсия, в 3 случаях установлен отягощенный анамнез (алкоголизм родителей). Последние дети имели соответствующий возрасту рост, пропорциональное сложение, несколько пониженное питание. Таким образом, у этой группы детей имелись симптомы, характерные для нарушения функции ряда других эндокринных желез, как и центральной нервной системы.

Дети быстрее, чем взрослые, реагируют на дефицит йода изменением состояния щитовидной железы, но и нормализация ее функции при правильном лечении наступает у них быстрее, чем у взрослых.

Нами в двух школах Шугуровского района с 1960 г. начата групповая профилактика зоба. Все учащиеся этих классов один раз в неделю получают 1 мг йодистого калия в виде таблеток антиструмина. Для сравнения эффективности профилактики в качестве контроля взяты учащиеся параллельных классов одной из школ. Кроме того, детям с выраженным зобом дополнительно проводилось лечение антиструмином, при этом антиструмин по одной таблетке принимался ежедневно на протяжении 20 дней, затем следовал 10—20-дневный интервал. Такие циклы лечения повторялись до 4—5 раз. Одновременно этим детям назначались профилактические дозы витаминов В₁, С, РР и рыбий жир.

При проверке эффективности таких мероприятий через 8 месяцев в Старо-Шугуровской школе и через 6 месяцев в школе имени Чкалова поселка Шугурово выяснилось, что как в той, так и в другой школе уменьшилось число детей, имевших зобное увеличение щитовидной железы, у части из них установлены увеличение I степени, у других же щитовидная железа не пальпировалась. В контрольной группе не обнаружено заметных сдвигов в смысле уменьшения числа детей с зобно-увеличенной щитовидной железой.

Среди леченных 36 детей с выраженным зобом у 22 щитовидная железа уменьшилась до II степени, у 7 — до I степени, у 1 — до 0. У 6 детей с зобом (III степени) установлено уменьшение щитовидной железы до II—III степени.

Таким образом, профилактика и лечение антиструмином эффективны в предупреждении начальных форм и способствуют рассасыванию выраженных форм зоба.

Отсюда ясно, что все организованное детское население в эндемической местности нуждается в групповой профилактике.

ВЫВОДЫ

1. В обследованных районах имеется значительное число детей с увеличением щитовидной железы: в Зеленодольске — 70,3%, из них выраженный зоб — 1,1%, в Шугуровском районе — 75,09%, зоб — 7,26%. Эти районы следует отнести к эндемическим по зобу.

2. Отсутствие у детей узловых форм врожденного зоба, кретинизма позволяет отнести эндемию в этих районах к эндемии средней тяжести.

3. Преобладание начальных форм и диффузного увеличения щитовидной железы у детей, а также наши наблюдения по профилактике зоба в двух школах дают повод считать достаточно эффективной систематическую профилактику зоба антиструминном при полноценном питании и одновременных оздоровительных мероприятиях.

4. В целях профилактики необходимо бесперебойное снабжение всего населения этих районов йодированной солью. Санитарно-эпидемиологические станции должны контролировать способы хранения соли и содержание в ней йодистого калия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алешин Б. А., Демиденко Н. С., Алешина Е. Б. Врач. дело, 1952, 4.—
2. Вайнер Я. З. Науч. зап. Ужгород. ун-та, 1955, т. XV. — 3. Ефимов А. С. Probl. эндокрин. и гормонотерапии, 1959, 3.—4. Кондратский М. Ф. Протокол заседания общества врачей при Казанском ун-те от 25/XI 1898 г.—5. Левит В. С. Сов. клиника, 1932, 4—6.—6. Крупачев И. Ф. Казанский мед. журн., 1935, 8—9.—
7. Максумов С. А. За социалистическое здравоохранение Узбекистана, 1954, 2.—
8. Милославский В. В. Казанский мед. журн., 1959, 1.—9. Николаев О. В. Эндемический зоб, 1949.—10. Полянецв А. А. и Полянцев А. И. Казанский мед. журн., 1935, 10.—11. Приказ № 159 по Минздраву ТАССР от 29/V-58.—
12. Суворов А. Г. Тр. Казанского мед. ин-та, 1936, т. I.—13. Толмачев Н. А. Врач, 1889, 5.—14. Стокс, Матовинович и Рамалингасвами (цит. по О. В. Николаеву). Совр. вопр. эндокринол. под ред. Е. А. Васюковой, 1960.

Поступила 21 марта 1961 г.

О ВОЗМОЖНОСТИ ИНТОКСИКАЦИИ ПЕРСОНАЛА ВРАЧЕБНЫХ КАБИНЕТОВ ПРИ ЗАГРЯЗНЕНИИ ИХ МАЛЫМИ КОЛИЧЕСТВАМИ РТУТИ

М. М. Гимадеев

Кафедра гигиены труда (зав.—доц. В. П. Камчатнов)
Казанского медицинского института

С целью выяснить, каковы возможности ртутной интоксикации в условиях врачебных кабинетов, где количество теряемой ртути не велико (например, при пломбировании зубов или при измерении кровяного давления ртутным манометром) нами в одном из кабинетов диспансера, где произошло разбрызгивание ртути, проведено соответствующее обследование.

Было установлено, что вследствие нарушения правил работы с аппаратом Рива-Роччи ртуть под давлением вылилась из прибора, и большая ее часть попала на пол. Так как пол был многослойным, значительное количество пролитой ртути попало в щели и подпольное пространство. Именно с этим обстоятельством и можно связать присутствие паров ртути в воздухе.

Так, в кабинете (№ 2) были обнаружены пары ртути: на уровне пола 0,0002 мг/л, в зоне дыхания — от 0,00006 до 0,00008 мг/л. Пары ртути были также обнаружены в коридоре — 0,0002 мг/л, в двух соседних кабинетах, непосредственно с первым не связанными, — 0,00013 и 0,0002 мг/л.

Так как в первые дни никаких мер, кроме проветривания, не было принято, содержание паров ртути продолжало оставаться высоким. Так, в кабинете № 2 на уровне пола в последующие дни было найдено 0,00013 мг/л, в зоне дыхания — от 0,00008 до 0,000125 мг/л, в соседних кабинетах — 0,000052 и 0,00013 мг/л, в коридоре — 0,000052 мг/л.

Ввиду того, что часть работников диспансера предъявляла жалобы, характерные для начальных форм меркуриализма, в целях устранения возможности развития отравления парами ртути было предложено временно закрыть кабинет, произвести вскрытие и очистку подпольного пространства от ртути, применить химические сред-